



COVID-19 Free-of-Charge Testing Encounter & Consent Form (Spanish)



Apellido del cliente:		Primer nombre:		Segundo nombre:		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Dirección: (No es un apartado de correos)		Calle: _____					
		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Teléfono de casa:		Teléfono de móvil:				Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Raza:		<input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> No se indica				Hispano/a Latino/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Por la presente autorizo a los médicos y enfermeras practicantes y a otros proveedores de asistencia médica que actúan en nombre del Departamento de Salud de Virginia (VDH) a realizar una prueba COVID-19 a mí y/o a mi dependiente, según lo indicado arriba. Entiendo que los registros médicos se conservaran durante diez años después de la fecha de la última visita y en caso de u menor, los registros se conservaran durante veintiocho años después del nacimiento. Los registros se destruirán de una manera que se asegure la confidencialidad durante todo proceso y sus resultados.

AVISO DE CONSENTIMIENTO ATRIBUIDO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

VDH tiene la obligación según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según lo enmendado, de darle el siguiente aviso:

1. Si cualquier empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH se expondría directamente a su sangre o a fluidos corporales de una manera que pudiera transmitir enfermedades, su sangre será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá el resultado de la prueba. Según el Código de Virginia § 32.1-45.1(A), se considera que usted ha dado consentimiento a la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta

2. Si usted sería expuesto directamente a sangre o a fluidos corporales de un empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH de una manera que pudiera transmitir enfermedades, la sangre de esa persona será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

El paciente es un contacto cercano de un caso de COVID-19 por ≥ 15 minutos en un periodo de 24 horas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Asintomático/a : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es sintomático marque todo lo que corresponda (Requerido para la prueba de antígeno)	
<input type="checkbox"/> Tos (nueva tos o empeoramiento de tos crónica)	<input type="checkbox"/> Fiebre Subjetiva (sentido febril) o Fiebre $\geq 100.4^{\circ}\text{F}$ (38°C)
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Secreción nasal
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Nausea o vómitos
<input type="checkbox"/> Diarrea (=3 evacuaciones sueltas de lo normal en un periodo de 24 horas)	<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/> Perdida del gusto/olor	<input type="checkbox"/> Otros síntomas: _____

X

Paciente, Padre/tutor legal o Persona que Actúa en Loco Parentis - Nombre en letra de molde Firma Fecha
Relación (si la firma no es del paciente) _____

STAFF USE ONLY

X

Signature of Person Obtaining Consent (Required)

X

Signature of Witness (Needed for verbal consent only)

PCR Testing			Antigen/Point of Care Testing
Lab Corp	DCLS	UVA	
<input type="checkbox"/> L139900 <input type="checkbox"/> NP or <input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> 87252 <input type="checkbox"/> NP or <input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> U0002 <input type="checkbox"/> NP or <input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> BinaxNOW or <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Nasal Swab or <input type="checkbox"/> Other _____
CODING FOR CE			
Subprogram Code: OC		Diagnosis Code: Z1159 for Asymptomatic	Diagnosis Code: Z20828 for Contact with or Suspected Exposure

- Negative Result – No additional follow-up needed Negative Result – Follow-up needed (see exception notes)
 Positive Result – Follow-up needed (see exception notes)